UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1920-1921 2e Série N° 155

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THYROÏDITE GRIPPALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 3 mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOËL (Paul-Just-Charles)

né le 11 Décembre 1892, à Nancy (M.-et-M.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. WEISS, professeur. ..... *Président.*
FRŒLICH, professeur. ..... *Juges.*
BINET, agrégé ..... *Juges.*
FAIRISE, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1921

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547215_0053

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1920-1921 2e Série N° 155

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THYROÏDITE GRIPPALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 3 mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

NOËL (Paul-Just-Charles)

né le 11 Décembre 1892, à Nancy (M.-et-M.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. WEISS, professeur. . . . . *Président.*
FRŒLICH, professeur. . . . . *Juges.*
BINET, agrégé . . . . . *Juges.*
FAIRISE, agrégé. . . . . *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1921

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✲, I ✪ ; NICOLAS, ✲, I ✪ ; PRENANT, ✲, I ✪ ; F. GROSS, O ✲, I ✪ ; CHRÉTIEN, I ✪ ; HERRGOTT, O. ✲, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, ✲, I ✪
Physiologie	M. E. MEYER, O ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, ✲, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. N...
Médecine légale	M. P. PARISOT, O ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✲, I ✪
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪
Histologie	M. COLLIN, ✲, I ✪.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✲, I ✪
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES. ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪.

Chargés de cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, ✲, I ✪, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, ✲, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé libre,
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé libre
Accouchements (cours théorique)	M. S. RÉMY, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. CAUSSADE, A ✪, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

MM. ROBERT, I ✪.	MM. J. PARISOT, ✲, I ✪.	MM. JOB, ✲, ✪.
BINET, I ✪.	FAIRISE, A ✪.	JEANDELIZE, A ✪.
PERRIN, I ✪.	CAUSSADE, A ✪.	P. MATHIEU, A ✪.
THIRY, ✲, I ✪.	BARTHÉLEMY, ✲, A ✪.	

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✲, I ✪ ; FÉVRIER, G O ✲, I ✪, G. MICHEL, ✲, I ✪, RICHON, ✲, I ✪, S. REMY, A ✪, BUSQUET, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, ✪, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A la mémoire vénérée de mon Père,
le Docteur Charles Noël

A ma Mère

Faible témoignage de mon infinie tendresse
et de ma vive reconnaissance.

A mon Oncle, Monsieur Albert Remy, Avocat

Témoignage de ma profonde affection.

Meis et amicis

A mes Juges

Monsieur le Professeur Weiss,
Professeur de Clinique Chirurgicale,
Officier de la Légion d'honneur

Monsieur le Professeur Frœlich,
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile,
Chevalier de la Légion d'honneur

Monsieur le Professeur agrégé Binet

Monsieur le Professeur agrégé Fairise

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine

AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette étude, nous considérons comme un devoir de rendre hommage et de témoigner toute notre reconnaissance aux maîtres distingués, qui ont bien voulu nous guider au cours de nos études médicales.

Nous remercions tout d'abord Monsieur le Professeur Weiss, *Professeur de Clinique Chirurgicale, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, et sous le haut enseignement duquel nous avons acquis nos connaissances chirurgicales.*

Que Monsieur le Professeur Froelich, *Professeur de Clinique chirurgicale infantile, soit assuré de notre profonde gratitude, et reçoive nos remerciements, d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.*

Nous remercions également M. le Professeur agrégé Binet, *dans les travaux duquel nous avons trouvé quelques observations très intéressantes pour notre modeste travail.*

Monsieur le Professeur agrégé Fairise *a droit à toute notre reconnaissance. C'est avec le plus vif intérêt que nous avons suivi ses conférences d'anatomie pathologique.*

A tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine, nous offrons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous adressons au Docteur Hamant, *chef de Clinique*

chirurgicale, nos meilleurs remerciements, pour nous avoir guidé dans ce travail, et nous avoir donné de si bonne grâce tous les renseignements utiles.

Nous remercions également Monsieur le Docteur Benech, *chef de Clinique médicale, grâce auquel nous avons ajouté une observation très intéressante à notre thèse.*

C'est un devoir pour nous, au moment de quitter la Faculté, d'envoyer un souvenir ému à tous nos amis d'études, victimes de leur dévouement pendant la guerre 1914-1918 : Roger Weiss, Oger, Schmitt, Jean Goulon, *et notre pauvre camarade de la 13e division,* Magnier, *tué au 62e R. A. C. dans l'Aisne.*

INTRODUCTION

Depuis un certain nombre d'années, la grippe, maladie encore méconnue, a fait des ravages considérables. Après l'épidémie de 1889-1890, elle resta en Europe à l'état endémique, et de 1915 à 1918, une nouvelle recrudescence vint s'affirmer, et permit d'étudier plus complètement les formes cliniques variées sous lesquelles elle apparaît, et ses innombrables complications.

Cette dernière question seule nous intéresse.

A côté des complications respiratoires, circulatoires, nerveuses, rénales, etc., il en est une particulièrement rare, et dont un très petit nombre d'observations ont été publiées. C'est l'inflammation aiguë de la glande thyroïde, la thyroïdite, consécutive à la grippe.

Dès 1890, des travaux intéressants avaient été publiés sur les complications suppuratives de la grippe (Jarre, Paris, 1890). De Sostalot, dans la *France Médicale*, fait, en 1890, une communication sur « la grippe compliquée de parotidite suppurée ».

Mais la thyroïde est très rarement atteinte, et c'est le cas de deux observations, prises il y a peu de temps par notre ami le Docteur Hamant, dans le service de M. le Professeur Weiss, qui nous ont donné l'idée de regrouper dans ce modeste travail quelques observations de thyroïdites aiguës postgrippales. Nous signalerons les points intéressants, que nous aurons trouvés, dans ces observations, et nous laisserons délibérément de côté toutes les thyroï-

dites, consécutives à diverses infections, autres que la grippe, qui seule nous intéressera.

Tout d'abord, qu'entendons-nous par la grippe ? Nous entendrons par là une infection, à la fois endémique et épidémique, surtout caractérisée par le catarrhe des voies respiratoires supérieures, avec asthénie, facies spécial, « facies grippé », courbature, céphalée, frisson, fièvre, évoluant ensuite suivant une forme variable, suivant qu'elle touche davantage tel ou tel appareil.

Une division s'impose d'ailleurs entre les thyroïdites vraies et les strumites. Dans un grand nombre de cas, les malades présentaient une altération plus ou moins visible de la glande thyroïde, antérieurement à l'infection. Nous sommes alors en présence d'une strumite. Dans d'autres, au contraire, moins nombreux comme nous le verrons, rien à l'œil nu, ni à l'examen clinique, ne pouvait révéler d'affection antérieure de la glande. C'est alors une thyroïdite aiguë véritable.

Cette distinction faite, nous allons étudier simultanément thyroïdites et strumites grippales, en reprenant, suivant la règle classique pour l'exposé d'une question : l'historique, l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Nous rangerons d'ailleurs nos observations suivant une classification correspondant aux différents aspects cliniques : thyroïdites congestives simples, thyroïdites suppurées à suppuration banale, aiguë ou suraiguë, et enfin thyroïdites où dominent surtout les complications : Basedowisme ou myxœdème.

HISTORIQUE

Nous passerons rapidement en revue l'historique des congestions simples et des suppurations de la glande thyroïde, qui furent il y a fort longtemps étudiées pour la première fois. Nous distinguerons quatre périodes : la période anatomo-clinique, la période étiologique et la période bactériologique, et enfin la période de syntèse, réunissant les périodes précédentes.

Dans la première période, l'anatomie de la région et les symptômes cliniques frappants furent étudiés. Les médecins de ce temps avaient constaté que, sous des influences diverses et mal déterminées, la glande thyroïde s'enflammait, parfois même suppurait : tumor, calor, dolor, rubor, tels étaient alors les caractères de l'inflammation.

Dès 1643, Séverin, dans son traité : *De recondita abscess natura*, donne déjà de véritables descriptions de la thyroïdite aiguë suppurée ; puis Jean-Louis Petit en 1774, P. Franck, Walter en 1817, Hupeden en 1823, Grotzner en 1847, Cruveilhier en 1849, enfin Bauchet publie en 1857, dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, un article où il reconnaît la nature inflammatoire des thyroïdites. Il constate ce qu'il a appelé le

« goître aigu ». Vers la même époque, Lebert, en Allemagne, publie 50 cas de thyroïdites, d'inflammations de la thyroïde.

— La période étiologique et bactériologique commence avec les découvertes de Pasteur. A la notion de l'inflammation, vient s'ajouter la notion de l'infection, qui éclaire d'un jour nouveau la question des maladies contagieuses, par la découverte des infiniments petits, des microbes.

A ce moment, Pinchaud en 1886, Wœlfler et Charvot en 1891, étudient de nouveau les thyroïdites.

Dès 1862, Lebert, sur ses 50 observations de thyroïdites, trouve 9 fois le refroidissement comme cause externe.

En 1862 également, Martinache signale : « Un malade s'est refroidi, mais depuis quelques jours déjà, il était souffrant, et il s'est refroidi, c'est sur son lit où il s'est endormi pour se réveiller avec un frisson, une demi-heure après. » Peut-être pouvons-nous déjà voir à ce moment des thyroïdites qu'on ne savait encore attribuer à une maladie actuellement connue, la grippe.

— La troisième période, période de synthèse, commence alors, période où toutes les infections sont rapportées à un agent pathogène spécial à chaque maladie. Dès 1890, Charvot étudie des complications de thyroïdites consécutives au rhumatisme, au paludisme, à la tuberculose, à la fièvre puerpérale (Lecène et Metzger, Paris, 1910). Cette période se continue jusqu'à nos jours, où les observations se multiplient. On voit des thyroïdites consécutives à une amygdalite, à une angine, à une infection

aiguë légère pharyngolaryngée. De nombreux cas de thyroïdites postpneumoniques sont signalés (Sabitt, thèse de Genève, 1907) ; puis des thyroïdites à bacille d'Eberth posttyphiques ; à bacille paratyphique A (Lemierre et Taberlet, *Bull. Soc. Méd. hôp. Paris*, 1919) ; à bacille paratyphique B (Vidal et Nobécourt), puis des thyroïdites consécutives au scorbut (Bonnet, *Gaz. hôp.*, déc. 1920).

— L'historique des thyroïdites grippales est bref, car très peu de cas ont été signalés jusqu'alors.

Le premier cas fut, croyons-nous, rapporté en France par le Professeur Gauthier, lors de l'épidémie de grippe de 1889-1890. En 1890, en Allemagne, Rosenberg fait une communication « uber morbus Basedowi nach influenza ». A la même époque, le docteur Holtz signale un cas de thyroïdite grippale à la Société de Médecine de Berlin.

En 1891, Rascol présente une thèse à Paris sur les thyroïdes suppurées, et signale un cas de suppuration diffuse de la région thyroïdienne, consécutive à la grippe.

En 1892, Tavel en signale quatre observations.

En 1895, Gaillard dans la *Société de Médecine des Hôpitaux ;* puis Smelton, Browne et Kiffin dans le *British Médical Journal*, rapportent chacun une observation de « acute bronchocele folloding influenza ».

En 1899, Roger et Garnier, dans leur travail sur la glande thyroïde dans les états infectieux (Thèse de Paris, 1899), donnent des données précises sur la question des thyroïdites dans les maladies infectieuses : scarlatine, rougeole, variole, diphtérie, grippe.

En 1900, le docteur Viannay, de Lyon, signale un cas de thyroïdite grippale.

En 1904, de Quervain (*Med. u. chir. Z. Jena*) décrit 20 thyroïdites sans cause appréciable. En général, dit-il, c'est une légère angine ou un catarrhe des voies respiratoires supérieures qui donne lieu à une thyroïdite.

En 1906, Vincent fait un travail sur la fréquence du signe thyroïdien dans certaines maladies infectieuses (*Bull. Soc. Méd. hôp. Paris*, 1906).

En 1908, le docteur Lepetit, dans le *Centre Médical*, signale deux cas de thyroïdites postgrippales.

En 1909, Fontanier présente une thèse à Paris, où il en rapporte 11 observations, précédemment citées.

En 1914, Mme Kharon présente une thèse à Toulouse sur les thyroïdites et les strumites suppurées. D'après elle, les thyroïdites grippales sont peu considérables. Elle résume ainsi le nombre de cas de thyroïdites observées après diverses infections :

Amygdalite, 1 ; angine, 2 ; embarras gastrique, 1 ; typhoïde, 6 ; grippe, 1 ; pneumocoque, 6 ; infection puerpérale, 3 ; rougeole, 1 ; coqueluche, 1 ; diphtérie, 1.

Nous n'avons pas à notre connaissance de nouveaux travaux à ce sujet, et nous allons rapporter dans notre thèse quelques observations, récoltées dans divers ouvrages médicaux, et d'autres inédites, provenant des services de médecine ou de chirurgie.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fluxion thyroïdienne consécutive à une infection aiguë légère
(Achard et Loeper)
Soc. Méd. hôp., décembre 1913, n° 146, page 232

Vez (Marie), 31 ans, entre à l'hôpital Necker le 24 novembre 1907. Dans ses antécédents de famille, on ne relève que l'existence d'un gros cou chez une sœur à l'âge de 18 ans, et qui a disparu assez rapidement. Le goître est fréquent d'ailleurs dans la Corrèze, qui est le pays de la malade et de sa famille.

La malade a eu plusieurs bronchites. Les règles ont apparu à 17 ans, et ont toujours été peu abondantes, douloureuses et irrégulières. Deux grossesses ont évolué sans autre incident qu'une hémorragie assez abondante à la suite de l'une d'elles. Les deux enfants sont bien portants.

Il y a huit jours, au moment de ses règles, la malade a ressenti de la céphalée, de la courbature, des frissons, des sueurs. Puis survint une poussée d'herpès, dont il subsiste encore des traces. Le lendemain du début, apparut un point de côté à la base droite, d'abord léger puis douloureux. En même temps, se manifestent des troubles gastro-intestinaux : vomissements et diarrhée. Sur le conseil d'un médecin, elle a pris un purgatif, mais les symptômes thoraciques s'accentuant, elle est venue à l'hôpital.

A l'entrée de la malade, on constate qu'elle a une apparence chétive, le teint pâle, les yeux légèrement saillants, l'aspect instable des névropathes. Les lèvres portent des croûtes d'herpès. Le cou attire l'attention. Il présente, un peu au-dessus de la fourchette sternale, une tuméfaction circonscrite, médiane, qui se prolonge vers les sterno-cleido-mastoïdiens, d'une façon diffuse. Cette tuméfaction est surtout apparente quand on examine la malade de profil, à jour frisant. Au palper aussi, on délimite très exactement cette tuméfaction médiane, haute d'un bon travers de doigt, qui répond à l'isthme du corps thyroïde, et qui suit le larynx dans les mouvements de déglutition. Sa pression provoque une douleur assez vive avec dysphagie.

Au thorax, on trouve à la base droite, tout à fait en bas, un point de côté sensible à la pression, et avec irradiation vers l'épaule. Il y a une petite toux sèche. L'expectoration est minime ; à peine trouve-t-on, à la percussion, une très légère submatité de la base droite et, dans cette zone, l'auscultation ne révèle qu'une respiration un peu soufflante. Au cœur, on trouve un très léger souffle extra-cardiaque. Le pouls est à 108. La température est de 37° 5.

La langue est légèrement saburrhale. Le foie n'est nullement augmenté de volume. La rate est perceptible à la percussion. La pression de l'épigastre provoque une légère douleur. Les urines présentent des traces d'albumine. Un peu de constipation.

Il existe un tremblement menu des doigts.

Ces symptômes persistent pendant quelques jours, et une nouvelle poussée d'herpès apparaît aux deux lèvres. La température ne s'élève qu'à 37° 4 ; peu à peu, les symptômes s'atténuent.

Le 3 décembre, la malade quitte l'hôpital. Elle n'a plus qu'une douleur minime dans la région diaphragmatique droite, des traces d'herpès, un léger état saburrhal.

Le cou a diminué de volume, on sent encore au palper l'isthme thyroïdien, dont la pression réveille la douleur.

OBSERVATION II

Congestion thyroïdienne grippale (inédite)
due à l'amabilité du docteur Benech
(service de M. le Professeur Etienne)

Mme M. G..., 32 ans, ouvrière en filatures à Evaux-Ménil (Vosges), entre à l'hôpital le 4 février 1921 pour mauvais état général.

Au milieu de décembre 1920, la malade s'est sentie indisposée et se vit obligée de garder le lit pendant quelque temps. Elle aurait eu à ce moment du catarrhe des voies respiratoires, avec fièvre, courbature, un peu de bronchite, un malaise général, une grippe.

Depuis cette époque, elle a constaté que son cou augmentait considérablement de volume, et qu'elle ne pouvait plus boutonner le col de ses vêtements. A ce moment aussi, ses yeux auraient pris un éclat inaccoutumé, dont on lui aurait fait la remarque, et elle aurait présenté une légère exopthalmie.

Ces symptômes se seraient amendés dans la suite par un traitement médical : deux flacons d'hemato-ethyroïdine lui furent prescrits par son médecin.

Cependant, son cou reste toujours gonflé et, à son entrée à l'hôpital, la malade présente les symptômes suivants :

4 février. — Malade amaigrie, teint pâle, muqueuses colorées. Température 36° 4. La langue est saburrhale, l'appétit conservé, quelques douleurs gastriques après l'ingestion des aliments. Pas de vomissements. Un peu de constipation. Le cou est considérablement augmenté de volume, sur toute la face antérieure. Les deux lobes et l'isthme de la thyroïde paraissent également augmentés. Ils sont de la grosseur de deux poings environ, de consistance plutôt dure.

Pas de signes de compression. Pas de dyspnée.

Légère exophtalmie, un peu de fixité du regard.

Quelques troubles psychiques et de susceptibilité nerveuse.

Le cœur n'est pas augmenté de volume. La pointe bat dans

le cinquième espace intercostal, sur la ligne mamillaire. Pas de souffle à l'auscultation.

Le pouls est régulier, bien frappé, mais plutôt rapide à 80 pulsations.

Règles irrégulières. — Urines claires, d'abondance normale. Pas d'albumine, ni de glucose.

La malade accuse, à l'occasion d'un effort, des palpitations violentes, qui surviennent par accès, et lui occasionnent des étouffements.

Il existe un léger tremblement des mains.

8 février. — On pratique l'épreuve de l'adrénaline. Après ingestion de 100 grammes de sucre, une piqûre de 1 milligramme d'adrénaline a été pratiquée 45 minutes après. Le pouls ne s'est pas accéléré. Voici les résultats :

Heure	Pouls	T. max.	T. min.	Heure	Pouls	T. max.	T. min.
8 45	76	14	9	9 55	74	13 5	9
9 30	76	14	9	10	72	13	8
9 35	74	13	9	10 05	70	13	8
9 40	74	13	9	10 10	72	13	8
9 45	72	13	9	10 15	72	13	8

Donc, réaction négative à l'adrénaline.

— Le réflexe oculo-cardiaque a donné les résultats 74-78.

11 février. — L'épreuve de la pilocarpine est positive : bradycardie et hypotension.

26 février. — Sort de l'hôpital considérablement améliorée.

OBSERVATION III

Strumite suffocante suraiguë (*Résumée*)
(*Docteurs* Binet et Raoult)
Soc. Méd. Nancy, janvier 1910

M. Pierre, 53 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital civil de Nancy, au mois de mars 1909, pour une nécrose de l'auriculaire de la main gauche, consécutive à une plaie articulaire profonde. L'amputation est pratiquée le lendemain.

Le 10 mars, pendant son séjour à l'hôpital, le malade contracte une angine érythémateuse, avec malaises généraux, et ascension de la température vespérale à 39°, faciés légèrement grippé, en somme une infection, sans doute d'origine grippale, localisée aux voies respiratoires supérieures. Il se plaint de dysphagie et de douleur au niveau du cou.

Le 16 mars, pendant notre visite, le malade attire notre attention sur une petite tumeur du volume d'une noix, occupant la région médiane du corps thyroïde. C'est là un goître dont l'existence remonte à plusieurs années aux dires du malade, mais dont il n'a jamais été incommodé. M. Pierre quitte l'hôpital le même jour à 10 heures, malgré notre formelle opposition.

Mais dans l'après-midi, le malade est pris de troubles dyspnéiques, dont l'intensité augmente rapidement, en même temps que son corps thyroïde subit un accroissement considérable. Nous sommes appelés à son chevet, en même temps que le docteur Raoult, et nous le voyons ensemble à 9 heures du soir. En une demi-journée, notre malade est devenu méconnaissable. Assis sur son lit, le buste penché en avant, il présente tous les symptômes de l'asphyxie aiguë.

Le cou est énorme, et le corps thyroïde, saillant sous les téguments, y dessine des tumeurs grosses comme deux poings. Les jugulaires présentent le calibre du petit doigt. La face est vultueuse, cyanosée, noirâtre, les conjonctives injectées, les globes oculaires protractés. Le malade est anhélant, la voix

étouffée, la respiration cornante, les extrémités froides. Le pouls est à peine perceptible. Nous décidons le transfert immédiat du malade à l'hôpital, et prenons place à ses côtés dans la voiture qui l'y conduit.

Mais un quart d'heure après, au moment où on couche le malade sur la table d'opération, tout mouvement respiratoire s'arrête, et bien que la mort ne soit pas douteuse, nous ouvrons d'un coup de bistouri la trachée, y introduisons une canule, et faisons, pendant dix minutes, un simulacre de respiration artificielle. L'autopsie est pratiquée le 18 mars par les professeurs Sencert et Hoche. L'aspect extérieur du cadavre présente les particularités suivantes :

Au niveau de la région médiane du cou, à la partie moyenne et inférieure, existe une ligne d'incision mesurant 8 centimètres de long : c'est l'incision de la trachéotomie, qui pénètre à travers le corps thyroïde jusqu'à la trachée. Celle-ci a été incisée au niveau de ses premiers anneaux cartilagineux.

Tout le cou est augmenté de volume, et cette augmentation de volume est due à la présence d'un énorme goître. Ce goître occupe les deux lobes de la thyroïde, et chaque lobe a le volume d'un poing d'adulte. Dans chaque lobe, il existe un kyste volumineux, renfermant un liquide grisâtre, non mélangé de sang. Le lobe gauche du corps thyroïde plonge en arrière du sternum, sur une hauteur de 3 à 5 centimètres, et comprime la trachée et tous les organes du médiastin antérieur. En arrière de l'isthme, et tout autour de la trachée, il existe du liquide d'œdème.

Après ouverture du cadavre : poumons emphysémateux, légèrement congestionnés, sans le moindre abcès métastatique, ni la moindre embolie visible macroscopiquement. Cœur légèrement augmenté de volume. Pas de caillots dans les cavités. Valvules saines.

Foie très volumineux, congestionné, sans abcès métastatique.

Reins et rate congestionnés, sans autre lésion.

En somme, congestion viscérale intense ; présence d'un volumineux goître plongeant, en voie de dégénérescence kystique, qui, sous l'influence d'une infection, sans doute d'origine grippale, localisée aux voies supérieures, a provoqué une pous-

sée de strumite aiguë, provoquant une infection secondaire rapide du corps thyroïde.

Bien que l'affection n'ait abouti qu'à des phénomènes congestifs et que la suppuration n'ait pas eu le temps de se produire, elle n'en a pas moins présenté une acuité supérieure à la plus maligne des strumites suppuratives ou gangréneuses.

Le malade quittait l'hôpital à 10 heures du matin avec un goître du volume d'une noix, et revenait y mourir à 10 heures du soir, avec une hypertrophie thyroïdienne, du volume de deux poings.

OBSERVATION IV

Strumite suffocante postgrippale
(Docteur Raoult)
Revue Médicale de l'Est, 1910, page 187

Un jeune homme de 17 ans, pensionnaire dans une école de Nancy, était porteur d'un petit goître depuis l'enfance, goître qui ne le faisait pas souffrir. Il était venu à la consultation se plaignant d'une forte grippe, avec coryza, et d'une angine aiguë simple. Il éprouvait de la dysphagie et une certaine gêne respiratoire. L'attention du docteur Raoult fut attirée du côté de son goître. Chaque lobe du corps thyroïde présentait le volume d'une grosse noix, et la pyramide de Lallouette était très marquée. Il prescrivit le repos à l'infirmerie, des compresses chaudes sur le cou et des pulvérisations chaudes dans la gorge, ainsi que des aspirations par le nez de pommades camphrées.

Il revit le malade au bout de quelques jours avec le docteur Binet, il avait de la bronchite. Le corps thyroïde avait un peu augmenté de volume, mais la dyspnée semblait surtout due à la bronchite.

La nuit suivante, le docteur Raoult fut appelé en toute hâte près du malade qui asphyxiait. Il le trouva absolument suffocant, la face cyanosée, le cou turgescent. Il ne pouvait quitter le malade, auquel il fit des piqûres d'éther. En raison de

l'extrême urgence, il manda le docteur Vautrin, le priant de venir pour une intervention urgente.

Le docteur Vautrin, en arrivant, incisa de suite les téguments et les tissus sous-jacents, libéra avec le doigt les lobes du corps thyroïde, en les attirant en avant, de façon à décomprimer la trachée, puis le docteur Raoult fit pendant ce temps la respiration artificielle.

La respiration se rétablit peu à peu. L'état demi-syncopal où était le malade cessa. Le docteur Raoult resta près du malade pendant que le docteur Vautrin partait chercher les instruments nécessaires pour faire la thyroïdectomie. Cette dernière intervention fut faite. Le lendemain, le malade allait mieux, mais nous constations, à l'auscultation, un vaste foyer de broncho-pneumonie ; bientôt en effet, la dyspnée d'origine pulmonaire apparaissait et le malade mourait le lendemain de l'opération, par suite des complications pulmonaires.

OBSERVATION V

Thyroïdite aiguë suppurée postgrippale (résumée)
(Docteur Bauri, Constantinople)
Revue de Laryngologie, Paris, 1911

Homme de 42 ans, originaire d'Asie-Mineure, rien dans les antécédents héréditaires et personnels.

Quinze jours avant de nous consulter, le malade se sentit indisposé et se vit obligé de garder quelque temps le lit. D'après ses dires, il aurait eu un rhume de cerveau assez intense, avec élévation thermique. Il était courbaturé, toussait, et se trouvait dans un état de prostration marquée. Bref, un malaise général sérieux l'obligea à garder le lit pendant quelques jours.

Au moment où les symptômes de cette maladie commencèrent à s'amender, le malade s'aperçut que son cou grossissait au niveau de la région laryngienne. Cette tuméfaction augmenta de volume de jour en jour. Finalement, le malade éprouve des douleurs marquées à la déglutition et une gêne respiratoire suffisamment intense pour le décider à se faire

soigner à l'hôpital. Il entra donc à notre service à l'hôpital de Gulhaire, le 25 juin 1910.

A l'examen extérieur, on constate que la région laryngienne présente une tuméfaction lisse, dure, s'étendant de l'os hyoïde presque jusqu'à la fourchette sternale. La consistance est ferme, ligneuse par endroits ; la crépitation laryngée est totalement abolie. La peau a conservé son aspect et sa couleur normale.

L'examen au miroir montre l'existence de modifications notables dans l'image laryngoscopique. Les deux replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés par suite d'un œdème accompagné d'une légère infiltration blanc-grisâtre. Cet état infiltro-œdémateux, qui s'étend jusqu'aux bandes ventriculaires, est plus prononcé à gauche qu'à droite. Les cordes vocales sont intactes et ne présentent rien d'anormal. Le malade ne peut tourner la tête, par suite de la douleur que provoque le moindre changement de position de celle-ci, et des irradiations douloureuses qui se propagent vers la nuque des deux côtés.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le malade se plaint de gêne pour respirer ; la voix est sensiblement enrouée. La douleur à la déglutition se maintient égale, avec la même intensité que le jour de son entrée à l'hôpital.

La tuméfaction extérieure persiste, et présente toujours la même dureté, surtout au niveau des lobes latéraux du corps thyroïde. Cependant, on remarque nettement que cette grosseur a pris la forme d'un fer à cheval, à ouverture dirigée en haut. Les cordes vocales sont cette fois rouges, et augmentées de volume. La moitié gauche du larynx présente, dans toute son étendue, une sorte de paralysie incomplète.

A ce moment : pansement humide chaud, répété plusieurs fois par jour, inhalations mentholées.

Le 4 juillet, la tuméfaction laryngienne commence à perdre sa consistance, surtout à la partie médiane, qui est devenue presque fluctuante, tandis que les lobes latéraux présentent une dureté empâtée, et un état qui semble œdémateux.

Le 5 juillet, le malade se trouve assez bien, mais la masse thyroïdienne présente, juste à l'endroit où la veille nous avions constaté la fluctuation, un orifice laissant s'écouler du pus. Nous rendant compte de la nécessité d'intervenir, nous avons

pratiqué sur la ligne médiane une incision de 3 centimètres de longueur, nous avons évacué complètement l'abcès, et avons réappliqué le pansement humide antiseptique.

Huit jours après l'intervention, le malade quitte l'hôpital. L'intérieur du larynx commença à reprendre son aspect normal dès le lendemain du jour où nous évacuâmes le contenu de l'abcès thyroïdien. La dysphagie et la gêne respiratoire commencèrent également à disparaître ; et le jour de sa sortie, le malade n'accusait plus aucun de ces symptômes. La température, toujours supérieure à 37°, tomba au-dessous de 37°.

— Examen du pus : l'examen direct ne laisse voir que des globules de pus et quelques hématies ; sur les préparations colorées, on ne voit que des diplocoques alignés en forme de chaînettes, dont chacune comprend au moins 20 ou 30 éléments. Ces coccis ne sont pas sphériques. Ils semblent aplatis, comprimés, du côté où ils sont en contact. Ils gardent le Gram. Ils sont dépourvus de capsule. En bouillon, on constate la présence d'un dépôt qui augmente de volume les jours suivants, et donne des éléments analogues à ceux rencontrés à l'examen direct.

Résumé : Streptocoques.

OBSERVATION VI

Thyroïdite suppurée grippale avec fistule persistante
(Taboulay et Duroux, présentée par Perret)
Lyon Médical, 1912, CXIX, page 470

La malade est une femme de 66 ans, qui n'a jamais été malade. Elle a un goître depuis l'âge de 20 ans, mais n'avait jamais eu d'accident. En janvier dernier, elle a pris la grippe, son cou a grossi, elle a eu des douleurs dans la nuque, sa peau a rougi et, le 5 mars, M. le Professeur Jaboulay fait une incision derrière le bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Cette incision n'a pas intéressé le lobe droit du corps thyroïde. La fistule s'est fermée deux mois après.

Or, quelques semaines après, du pus s'accumule à nouveau.

Une incision fut de nouveau nécessaire. La fistule ne tarit pas. La malade croyait qu'un drain était resté dans la plaie. Il y a trois jours, M. le Professeur Jaboulay fait une thyroïdectomie partielle. Le lobe droit était adhérent aux vaisseaux, et englobait le récurrent. La dissection a été très délicate. Le lobe droit tout entier et la fistule ont pu être enlevés.

A l'ouverture de la pièce, on a vu à l'intérieur du lobe droit un petit abcès, cause de cette suppuration, et qui n'aurait pas permis la fermeture de la fistule. L'intervention pratiquée s'imposait donc. Elle ne pouvait consister qu'en une thyroïdectomie partielle.

OBSERVATION VII

Hématocèle suppurée postgrippale,
traitée par Strumectomie primitive
(Bérard)
Lyon Médical, 1909, CXIII, page 547

Pierre G..., 52 ans, cultivateur à Savigny (Rhône), entre à l'hôpital le 29 mars 1909. Depuis plus de 20 ans, le malade était porteur d'un goître médian, indolore, de moyen volume. Il y a six ans, le goître, jusque-là stationnaire, subit une notable augmentation de volume, qui se produisit en quelques jours, sans s'accompagner de gêne de la respiration, ni de la déglutition.

Il y a quinze jours, à la suite d'un refroidissement, le goître présente un accroissement brusque, devient volumineux, et détermine une dyspnée assez accusée.

Actuellement, on constate une tumeur thyroïdienne bilobée de la grosseur de deux poings, développée surtout aux dépens du lobe gauche et du lobe médian. La peau est un peu rouge et chaude, sillonnée de veines dilatées. — Pas de fluctuation nette. Le larynx et la trachée sont déviés vers la droite.

Il existe de la dyspnée d'effort. Pas d'autres troubles de compression. Légère élévation thermique.

Opération le 30 mars. Par une incision basse, on aborde la

tumeur comme un goître, et non comme un simple abcès. Après hémostase soignée des vaisseaux superficiels, on incise les muscles sous-hyoïdiens infiltrés, et l'on arrive sur la poche. Au cours des manœuvres de libération, celle-ci se rompt. Il s'en échappe plus d'un litre d'un liquide blanc-jaunâtre, analogue à du mastic délayé, auquel se trouvent mélangés des caillots d'hématocèles intrakystiques et des paillettes de cholestérine. — La paroi de la poche est épaisse, indurée, crétacée par places ; on en pratique la décortication assez facilement malgré son étendue et son siège en grande partie retrosternal. On fait une hémostase complète de la cavité, et on termine par une suture intradermique, interrompue en son milieu par un drainage à la gaze.

Sur un frottis de la paroi de la poche, on trouve de nombreux diplocoques, qui prennent le Gram et les couleurs basiques. Pas de streptocoques, et pas de bacilles de Koch.

OBSERVATION VIII

Hématocèle suppurée postgrippale,
traitée par strumectomie primitive
(Bérard)
Lyon Médical, 1909, CXIII, page 547

J. P..., 44 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 mars 1909. Il était porteur, depuis 20 ans, d'un petit goître du lobe gauche, qui ne le gênait en aucune façon.

Il y a quatre semaines, le malade prit froid, présenta des frissons, de la céphalée, des courbatures, et dut se mettre au lit.

A ce moment, il constata que son goître augmentait légèrement de volume. Une nouvelle recrudescence très brusque se produisit, il y a quelques jours, accompagnée cette fois de troubles fonctionnels graves : douleurs cervicales vives, irradiées à la nuque, voix étouffée, dyspnée.

Ces phénomènes persistent encore au moment de l'entrée à l'hôpital. Il y a de la dyspnée avec cornage, obligeant le

malade à rester assis sur son lit. La voix est éteinte, les lèvres sont cyanosées ; dysphagie légère.

A l'examen, le cou est très volumineux ; la peau est chaude, mais ni rouge, ni œdématiée. Le corps thyroïde, gros comme une tête de fœtus, est surtout hypertrophié dans ses parties gauche et moyenne. Il est douloureux à la pression, et donne la sensation de rénittence profonde. Les voies aériennes sont refoulées à droite de la ligne médiane. Pas de ganglions cervicaux. Pas de troubles du sympathique. Etat subfébrile, 38°. On fait le diagnostic d'hématocèle suppurée, à cause de la progression par poussées, avant la dernière inflammation.

Opération le 27 mars 1909. Grande incision en cravate aux points déclives. Enucléation intraglandulaire de trois ou quatre poches, formées par une paroi épaisse, tomenteuse, comme calcifiée çà et là, et contenant un liquide épais de couleur chocolat. Hémostase et drainage. Suture presque complète de l'incision cutanée.

La constatation de diplocoques dans le contenu de ces hématocèles ne met que mieux en évidence l'origine respiratoire de l'infection causale. La strumite a été précédée de phénomènes respiratoires ; et il est probable que l'infection s'est transmise des voies respiratoires au corps thyroïde par l'intermédiaire des veines profondes avalvulées, qui desservent à la fois la thyroïde, l'œsophage et la trachée.

OBSERVATION IX

Thyroïdite grippale (inédite)
due à l'amabilité du docteur Hamant
(Service de M. le Professeur Weiss)

M. Auguste B..., 61 ans, aurait toujours joui d'une bonne santé. Marié, père de quatre enfants, tous bien portants, il n'avait jamais rien remarqué d'anormal au niveau de son cou. Il n'existe du reste aucun goîtreux dans sa famille.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, il aurait été atteint, nous écrit son médecin, d'une grippe à forme gastro-intestinale.

Sous l'influence d'une médication appropriée, tous les troubles disparurent assez vite, le malade n'en conserva qu'une adynamie assez marquée et une gêne respiratoire, qui allait en s'accroissant. Il existait du côté gauche du cou, au niveau du corps thyroïde, se déplaçant avec la trachée, une masse qui augmentait de volume assez lentement, mais régulièrement, et devint très douloureuse pour le patient. Fatigué de souffrir presque sans arrêt, gêné pour respirer, le malade vint nous trouver.

Il présente à ce moment une température un peu élevée, 38°5 ; le cou est déformé à gauche par une tuméfaction du volume d'une grosse noisette, qui repousse les téguments sans les intéresser, sans modifier leur coloration ni leur aspect. La palpation permet de percevoir une masse à contours assez flous, donnant vaguement la sensation de fluctuation sous une coque assez épaisse, et est assez douloureuse.

Un examen détaillé ne décelant rien de particulier, et nous basant sur l'apparition de cette tuméfaction, qui augmente lentement mais régulièrement, s'accompagnant de troubles respiratoires, nous pensons à une suppuration profonde et, après anesthésie, nous incisons franchement et tombons sur un corps thyroïde augmenté de volume, qui est fendu largement, et laisse s'écouler la valeur d'un verre à bordeaux d'un pus jaunâtre assez épais et odorant.

La cavité est épongée délicatement par des compresses, puis la plaie est pansée à plat. Une petite mèche est laissée dans la cavité, qui est le siège d'un suintement sanguin assez important.

La température tombe dès le lendemain, et, fort rapidement, l'état général assez mauvais se rétablit en même temps que l'appétit redevenait bon.

Il s'écoule de la plaie une assez grande quantité de sérosité purulente. Le pansement dut être changé deux fois par jour pendant la première semaine.

Le suintement diminua ensuite assez vite, mais il persista une fistule, qui nécessita des pansements pendant plus d'un mois.

L'examen du pus décela seulement l'existence de streptocoques et de staphylocoques.

OBSERVATION X

Strumite grippale (inédite)
(Docteur Hamant)
(*Service du Professeur* Weiss)

Albert C..., 41 ans, vient nous trouver le 14 mai pour une augmentation de volume très rapide d'un petit nodule, siégeant au niveau du lobe droit du corps thyroïde.

Les parents, mère et père, n'ont présenté rien d'anormal dans la région thyroïdienne. Seuls des parents du côté maternel sont porteurs de goître volumineux.

Lui-même reste indemne jusqu'aux environs de la vingtième année, et c'est au cours de son service militaire qu'il s'aperçoit d'une légère augmentation du volume de son cou du côté droit.

La tumeur grossit pendant quelques années, puis s'arrête dans sa croissance et reste stationnaire jusqu'aujourd'hui, c'est-à-dire pendant près de vingt ans.

Le malade est marié, a deux enfants bien portants.

Au début de mars, M. C... eut une amygdalite qui s'accompagna de phénomènes généraux variés : inappétence, diarrhée, quelques vomissements ; une fièvre assez élevée persiste pendant quelques jours.

Après quatre à cinq jours de malaises, le malade se rendit compte que la tumeur latérale qu'il portait au cou augmentait de volume assez rapidement ; en même temps, la respiration devenait plus difficile. L'oppression était surtout marquée pendant la nuit.

En raison de ces divers troubles, un médecin fut consulté, et conseilla l'application de topiques variés et l'ingestion de produits iodés.

Cette médication ne fut suivie d'aucun effet, et la tuméfaction augmentant assez vite, les troubles respiratoires ne faisant que s'accentuer, M. C., vint nous consulter.

A l'examen, nous constatons une asymétrie fort nette du

cou, qui est soulevé du côté droit par une tuméfaction du volume d'un petit poing. On remarque une circulation veineuse anormalement développée. La peau est rouge, un peu luisante, et la palpation donne nettement la sensation de fluctuation.

En présence de ces différents symptômes, fièvre élevée 39°, tuméfaction, circulation superficielle exagérée, rubéfaction, fluctuation, il y avait indication nette, après anesthésie locale, à une intervention. Une incision est aussitôt pratiquée, qui permet d'éliminer une quantité importante de pus jaune-verdâtre, assez fluide.

Dans la cavité, de dimension d'une orange, on pratique, sans pression, un lavage à l'eau iodée, puis on laisse un petit drain. Celui-ci fut raccourci au fur et à mesure, et retiré au bout de dix jours. Il persiste une petite fistule, qui se tarit spontanément après une quinzaine de jours.

La région a repris son volume primitif, et un mois après cette poussée aiguë de strumite, il ne persistait plus au niveau de cette région qu'une très légère induration.

OBSERVATION XI

Strumite infectieuse et maladie de Basedow (résumée)
(Pletneff)
Journal de Chirurgie, 1914, tome XII, page 623

La malade est une femme de 53 ans, présentant un gros goître bosselé datant de 30 ans. Elle souffre également d'une légère hypertrophie cardiaque et, à l'auscultation, on perçoit un souffle systolique à l'aorte. Le pouls est à 84 pulsations, la pression artérielle, 13o.

La malade se plaint de violentes céphalalgies rebelles, et n'accuse aucun autre symptôme subjectif. Sous l'influence d'un traitement de six semaines, ces céphalées disparaissent.

C'est alors que la malade eut une atteinte de grippe, et que celle-ci détermina l'apparition des signes habituels du Base-

dowisme, avec altération de l'activité cardiaque, troubles trophiques, chute des cheveux, sclérodermie et allure grave.

Cette grippe détermina dans le corps thyroïde des lésions ressemblant fort à celles du goître exophtalmique, avec disparition de la substance colloïde, desquamation des cellules thyroïdiennes. Sous l'influence de cette grippe, il en résulta non pas de l'hyperthyréose, mais de la dysthyréose, que l'on sait être aujourd'hui la cause du goître exophtalmique.

OBSERVATION XII

Goître exophtalmique suite de grippe (résumée)
(Le Clerc)
Normandie Médicale, 1901

Mlle X..., 19 ans, jusqu'alors parfaitement réglée et n'ayant jamais été malade, fut prise le 7 février de frissons, courbatures généralisées, maux de tête, nausées et vomissements. Son médecin porta le diagnostic de grippe.

Quand Mlle X... entra en convalescence à la fin de février, elle avait des vertiges et des battements de cœur. On s'aperçut alors qu'elle avait le regard brillant et un goître qu'on ne lui connaissait pas auparavant. Les règles, jusqu'alors régulières, se sont supprimées complètement, et sont remplacées par une leucorrhée habituelle. Vers la fin de mai, elle a pendant une semaine une véritable crise de diarrhée, 5 à 6 selles par vingt-quatre heures. — La malade a encore ses parents ; le père est nerveux, la mère rhumatisante.

Ce qui frappe surtout chez cette malade, c'est un état brillant des yeux, avec légère protusion des globes, et léger ptosis des paupières supérieures.

Il existe un goître gros comme une mandarine, sans battements, ni bruits de souffle. Tachycardie intense, 160 pulsations à la minute.

La malade se plaint d'essoufflement et de maux de tête fugaces, localisés toujours dans les régions temporales.

Sueurs abondantes, bouffées de chaleur généralisées.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Tremblement des membres supérieurs, qui empêche la malade d'écrire convenablement.

Il n'y a pas d'insomnies, mais le sommeil est agité, entrecoupé de cauchemars.

— Au mois d'août, tous les symptômes s'atténuent ; le goître a diminué, les règles sont revenues, plus de tremblement, plus de troubles visuels, mais il existe un phénomène vasomoteur. Quand la malade se gratte, il se fait immédiatement une tache rouge, remplacée au bout de quelques minutes par une traînée ortiée, qui est le siège d'une légère démangeaison. Elle ne se rappelle pas avoir jamais eu d'urticaire, nous sommes en présence de phénomènes de dermographisme.

En résumé, ma malade a présenté :

1° Les phénomènes cardinaux du goître exophtalmique : palpitations douloureuses avec essoufflement, goître, exophtalmie légère, état brillant du regard avec diminution de l'acuité visuelle, et fatigue oculaire au début ;

2° Des symptômes nerveux : excitabilité nerveuse, cauchemars, insomnies, tremblement, névralgies temporales ;

3° Des troubles de sécrétion : diarrhée, sueurs abondantes ;

4° Des troubles vasomoteurs : poussées congestives, sensations de chaleur, urticaire, dermographisme, œdème des membres inférieurs, epistaxis ;

5° Des troubles génitaux : irrégularités menstruelles ;

6° Des troubles trophiques : chute des cheveux, carie dentaire.

La maladie secondaire a débuté trois semaines après une grippe, brusquement, comme une complication de convalescence.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

Les recherches faites depuis Pasteur n'ont plus laissé de doutes sur l'étiologie des suppurations en général. L'infection en est la cause primordiale. Si, dans de nombreuses maladies infectieuses et épidémiques, l'agent pathogène est connu, dans la grippe malheureusement il n'en est pas de même, et on n'est pas encore exactement fixé sur ce sujet.

En 1915, Meunier, dans la *Gazette des Hôpitaux*, publie un article sur la bactériologie de la grippe, « coccobacille de Pfeiffer au début, dit-il, puis les coccis pyogènes sont ensuite associés au pneumocoque et au staphylocoque ». Depuis, Marbais, en 1919, trouve un petit bacille rouge, Gram négatif, dont les colonies ressemblent à celles des méningocoques.

Dans les thyroïdes aiguës, autres que la thyroïde grippale, on trouve le microbe spécifique de la maladie occasionnante : bacille d'Eberth dans les thyroïdes post-typhiques, para A dans les cas signalés en 1919 par Lemierre ; para B dans ceux signalés par Nobécourt ; streptocoques dans les thyroïdites postpuerpérales ; pneumocoques dans les postpneumoniques, etc.

Dans les thyroïdites postgrippales, un cas de Duguet, signalé dans la Thèse de Fontanier (Paris, 1909), consécutif à une grippe à forme pulmonaire, donne après ponction de l'abcès thyroïdien du pneumocoque pur. — Dans un autre cas, on aurait trouvé des diplocoques absolument analogues à du pneumocoque de Frænkel. — Dans notre observation VII, Bérard a trouvé des diplocoques prenant le Gram et les couleurs basiques. — Dans l'observation V, Bauri signale des streptocoques ; dans l'observation VIII, le docteur Hamant signale des streptocoques et des staphylocoques.

En un mot, nous voyons à quelle diversité de flore microbienne nous avons affaire, et notre avis, jusqu'à la découverte du bacille spécifique, est que la cause primordiale de l'infection thyroïdienne est la virulence brusquement exaltée des microbes ordinaires saprophytes des voies respiratoires supérieures, c'est-à-dire pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, bacilles de Friedlænder, dont l'association donne lieu à des phénomènes infectieux secondaires.

On a d'ailleurs trouvé plusieurs fois du pus stérile, dont les cultures sont restées négatives. Bérard pense qu'il en est de même dans les thyroïdites que dans les autres abcès glandulaires. Cela peut faire penser que les sécrétions internes de la thyroïde jouent peut-être un rôle microbicide.

Par quel mécanisme se fait l'infection thyroïdienne ? Dans la grippe, comme dans toutes les autres affections, le microbe agit par lui-même et par ses toxines sur la glande.

La thyroïde peut être envahie directement par les

microbes et, dans ce cas, elle offre un terrain prédisposé où les microorganismes peuvent se développer et donner lieu à des processus inflammatoires de différente nature.

La thyroïde peut être envahie par les toxines circulant dans le sang. Dans ce cas, le corps thyroïde est sujet à des modifications, qui ne sont pas reconnaissables cliniquement ; on ne peut les distinguer que microscopiquement, c'est ce que DE QUERVAIN appelle la « thyroïdite toxique ».

Quelle est la voie que suit l'infection ?

La voie hématogène, artérielle et veineuse nous paraît de beaucoup la plus importante.

En effet, la glande thyroïde se trouve séparée des formations diverses, qui l'entourent par une enveloppe fibro-cellulaire, très dense, la gaîne perithyroïdienne ; sous cette gaîne se trouve un espace lâche, cloisonné, où courent les nombreux vaisseaux, artères et veines, qui irriguent abondamment la glande. Cet espace est très utile à connaître au point de vue opératoire, et nous y reviendrons quand nous aborderons le traitement.

De cet espace, les rameaux vasculaires se répandent dans la glande, au travers de la capsule propre fibreuse.

Nous ne rappellerons que brièvement qu'il existe l'artère thyroïdienne supérieure, l'artère thyroïdienne de NEWBAUER, médiane et impaire, et l'artère thyroïdienne inférieure. Ces trois artères donnent elles-mêmes de nombreuses branches, qui forment un lacis extrêmement complexe autour de la glande, et qui ont entre elles des communications excessivement nombreuses. Ces artères s'anastomosent elles-mêmes avec les artères de la trachée, de l'œsophage et des muscles sous-hyoïdiens.

Cet aperçu anatomique nous permet de comprendre la facilité avec laquelle une infection peut gagner la glande thyroïde.

Roger et Garnier ont montré d'ailleurs qu'une des voies d'accès est constituée par la voie artérielle. En effet, en injectant par les artères thyroïdiennes des microbes spécifiques, ces expérimentateurs sont arrivés à réaliser sur des lapins des thyroïdites spécifiques.

— La voie veineuse cependant peut être aussi la voie de l'infection, particulièrement dans le sujet qui nous intéresse, dans les thyroïdites grippales.

En effet, nous savons que les veines thyroïdiennes sont en communication avec les veines de la trachée, de l'œsophage et des voies respiratoires supérieures. Or, nous savons que dans les thyroïdites grippales, les voies supérieures sont le plus souvent ou même toujours atteintes. Le calibre de ces veines est d'ailleurs considérablement augmenté chez les sujets qui présentent une gêne notable de la respiration, et surtout chez ceux qui sont porteurs d'un goître volumineux. L'infection se fait donc souvent par la voie veineuse, par l'intermédiaire des « veines profondes avalvulées desservant à la fois la thyroïde, l'œsophage et la trachée » (Bérard).

— La voie lymphatique peut être envisagée mais rarement, malgré les lymphatiques très nombreux qui courent autour de la glande.

— La continuité de tissu peut aussi exceptionnellement réaliser l'infection de la glande par envahissement successif des éléments cellulaires.

Nous ferons remarquer en passant que les recherches récentes sur les glandes à sécrétion interne montrent

qu'elles sont plus ou moins solidaires les unes des autres.

En 1914, Pletneff, dans le *Journal de Chirurgie*, nous dit : « Les maladies infectieuses portent leur action non seulement sur la thyroïde, mais aussi sur d'autres glandes, le thymus par exemple, dont le rôle dans la maladie de Basedow est encore mal étudié. Il semble donc bien qu'il ne faille pas invoquer ici une simple action sur le corps thyroïde, mais qu'il s'agisse d'une véritable affection pluriglandulaire. »

En mai 1919, dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, on a constaté, au cours d'une infection méningococcique, en même temps qu'une parotidite, une orchiepididymite et une thyroïdite.

Il est probable que lorsque la grippe donne une complication du côté de la glande thyroïde, elle exerce son action de même sur plusieurs glandes endocrines, et qu'à côté des troubles thyroïdiens,, il existe des troubles d'autres glandes à sécrétion interne. Nous serons, dans ce cas, en présence d'un syndrome pluriglandulaire à prédominance thyroïdienne.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique de la thyroïde grippale n'a rien qui la différencie spécialement des autres thyroïdites infectieuses. Il n'y a en effet pas de lésions spécifiques pour tel ou tel agent pathogène, et il est impossible de reconnaître au microscope l'agent causal de l'infection.

La grosse division à faire est celle où la glande est saine avant l'éclosion de l'infection ; il s'agit alors de thyroïde vraie, et d'autre part, celle où le sujet était porteur d'un goître antérieur, où la glande avait déjà subi des altérations macroscopiques ou microscopiques ; il s'agit alors de strumites.

Au point de vue macroscopique, les diverses observations, que nous avons rapportées dans notre thèse, et l'étude des cas antérieurs, nous ont permis d'étudier différentes modalités de thyroïdites et de strumites grippales.

Tout d'abord, le premier stade : la congestion, la fluxion thyroïdienne ; puis la suppuration, soit localisée, soit totale, très fréquente dans les thyroïdites grippales, et surtout dans les strumites grippales ; enfin, les hématocèles suppurées, dont nous donnons deux cas dans nos observations.

I. — Dans le cas de congestion simple de la glande thyroïde, macroscopiquement nous trouvons la glande considérablement augmentée de volume. Dans certains cas, la glande est augmentée en masse ; dans d'autres au contraire, un lobe seulement s'enflamme, ou l'isthme, ou même les deux lobes et la pyramide de Lallouette, comme dans l'observation IV.

Les prolongements de la glande peuvent aussi se tuméfier ; dans une observation du docteur Lepetit, *Centre Médical*, 1908, le lobe latéral gauche du cou avait une grosse tuméfaction, oblique en haut et en arrière, partant de la fourchette sternale et allant jusqu'à l'apophyse mastoïde, en s'engageant en arrière profondément sous le sterno-cleido-mastoïdien. Dans d'autres cas, c'est un prolongement retro-sternal, qui augmente brusquement de volume, donnant des accidents de compression suraiguë (observations III et IV), et pouvant englober la trachée, le récurrent et tous les organes du médiastin antérosupérieur.

La coloration, au lieu de la couleur chamois habituelle au tissu thyroïdien, est violacée-foncée. La surface est sillonnée de grosses veines, qui y rampent, distendues, laissant à la coupe s'échapper du sang noirâtre, et enserrant d'un lacis épais le tissu glandulaire.

Les lobes ont une consistance particulière, rénittente, qu'on peut comparer à des « pruneaux cuits » (Bérard).

La coupe laisse s'échapper du sang noir en grande abondance. La surface de section du parenchyme est plus rouge que normalement, çà et là avec des zones violacées, des taches livides ou jaunâtres, correspondant à de petits infarctus.

Dans les infections à streptocoques, il peut exister un

piqueté hémorragique, et même de véritables hémorragies interstitielles. C'est le cas des suppurations d'hématomes (observations VII et VIII).

II. — La thyroïde peut être suppurée ; dans ce cas, le volume de la glande peut encore augmenter ; sa consistance est rémittente, avec une sensation de fluctuation d'ailleurs assez peu nette. Coloration violacée. En général, la capsule épaissie est fortement adhérente aux organes voisins, ce qui, au point de vue opératoire, rend pénible la thyroïdectomie partielle du lobe atteint. — Dans l'observation VI, le lobe droit est adhérent aux vaisseaux et au nerf récurrent. En 1896, Lejars et Leroy ont signalé un cas de goître suppuré, ayant provoqué une ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droite.

A la coupe, plusieurs cas peuvent se présenter. La glande tout entière, lobes et isthme, peuvent être le siège d'une suppuration diffuse (observation V) ; on voit dans ce cas, une cavité fortement cloisonnée par des brides fibreuses et, à côté, des petites poches secondaires.

Dans d'autres cas (observation VI), on trouve simplement un petit abcès à l'intérieur du lobe droit, qui aurait donné lieu à une fistule persistante sans une opération convenable ; à côté de ces petits abcès nodulaires, de la grosseur d'une tête d'épingle, une grande partie de la glande est, en général, de teinte plus pâle, jaunâtre, qui montre que déjà il se produit en ce point des lésions nettes de dégénérescence.

III. — La suppuration massive de toute la glande peut donner lieu à une thyroïdite nécrotique, où, à l'incision, l'exploration avec le doigt fait reconnaître la destruction

complète de la glande. On observe rarement ce cas extrême de suppuration.

IV. — Nous ne dirons qu'un mot des hématocèles suppurées de la glande thyroïde (observations VII et VIII), parfaitement étudiées par Garnier en 1909 (thèse de Paris), où la glande thyroïde, avant l'infection, est déjà touchée, et où il existe déjà des lésions sérieuses qui, sous l'influence de la grippe, prennent les mêmes formes que les thyroïdites.

Nous ne nous attarderons pas non plus sur les strumites grippales, au point de vue anatomo-pathologique, qui ont en somme la même évolution, à part l'existence d'un goître antérieur.

V. — Le pus de ces abcès thyroïdiens d'origine grippale est variable suivant la nature des microbes. Dans un cas où le pneumocoque a été trouvé, le pus était épais et verdâtre, bien colleté, mais difficile à aspirer, parce que compact. Dans d'autres cas, le pus était de couleur chocolat, mélangé à des globules sanguins, et fétide, suivant les associations microbiennes si souvent trouvées dans les thyroïdites grippales.

— Au point de vue microscopique, en général, Roger et Garnier, en 1899, ont montré que toutes les infections, pour ainsi dire, réagissaient sur le corps thyroïde : infections chroniques, tuberculose, syphilis, et infections aiguës : typhoïde, scarlatine, oreillons, etc... En 1906, Vincent a noté aussi certaines lésions thyroïdiennes consécutives à des infections.

Au point de vue général, la grippe agit comme toutes

les autres infections, et on peut dire que les altérations de la glande suivent un cycle bien déterminé. D'après Roger et Garnier, expérimentalement, des cultures atténuées de différents agents pathogènes donneraient plutôt lieu à des processus interstitiels, et des cultures virulentes donneraient plutôt des lésions parenchymateuses.

Les altérations anatomopathologiques marchent de pair avec les réactions humorales.

Tout d'abord, comme première altération, on constate une phase d'hypersécrétion de la glande, d'hyperthyroïdisation ; puis une période intermédiaire de dysthyroïdisation, enfin une période terminale d'athyroïdisation.

En somme, après une excitation de la glande thyroïde par le processus infectieux, nous assistons ensuite à une destruction systématique des éléments sécrétants, qui aboutit à l'absence de sécrétion thyroïdienne.

En réalité, d'ailleurs, il n'existe pas une succession aussi nette de périodes, et on trouve d'habitude ces différentes phases chez le même sujet et à la même époque.

I. — A la période d'hyperthyroïdisation, deux sortes de lésions sont visibles ; les lésions parenchymateuses sont peu accentuées ; les vésicules sont comprimées entre les travées élargies, vides de leur contenu colloïde, mais les cellules à ce stade sont encore intactes, peut-être un peu gonflées, avec un gros noyau. — Les lésions interstitielles sont les plus sérieuses, et concernent surtout la répartition de la substance colloïde dans la glande. En effet, cette substance colloïde devient atypique, elle ne se colore plus bien, et se présente sous un aspect plutôt granuleux. Les travées inter et intralobulaires sont considérablement élargies par la présence dans leur intérieur

d'énormes espaces lymphatiques, remplis de substance colloïde. — Les capillaires et les vésicules sont gorgés par diapédèse de globules rouges et de polynucléaires ; tous ces états peuvent se rencontrer depuis la diapédèse simple jusqu'à l'hémorragie vraie par rupture vasculaire.

II. — A la période de dysthyroïdisation, les lésions interstitielles persistent encore. Les travées conjonctives contiennent encore dans leur intérieur de la substance colloïde, mais plus atypique encore qu'au premier stade.

L'épithelium commence alors à se modifier. Les cellules, dont le protoplasme devient vasculaire, dont le noyau commence à subir un commencement de chromatolyse, se détachent, et tombent dans la substance colloïde de plus en plus atypique.

III. — A la période d'athyroïdisation, la substance colloïde fait complètement défaut dans les vésicules et dans les lymphatiques, et l'épithelium est presque complètement disparu. Il y a de la nécrose et une disparition complète du protoplasme cellulaire, avec pycnose des noyaux.

Les capillaires et les vésicules sont toujours gorgés de globules rouges et de polynucléaires. — Les processus de sclérose dominent.

IV. — Quand les leucocytes extravasés s'accumulent, et que leurs noyaux se fragmentent, nous sommes à la période de suppuration, si fréquente dans les infections thyroïdiennes postgrippales. On trouve à la coupe d'abord une capsule tapissée de veines thrombosées, épaisse, puis une zone de tissu thyroïdien altéré : la « zone putrilagineuse » de Bérard, et enfin le pus.

Les vaisseaux de la capsule sont atteints d'endartérite et d'endophlébite. Ils sont bourrés de globules rouges et de leucocytes en chyromatolyse. — La zone putrilagineuse apparaît sous la capsule. Là, toute trace de tissu thyroïdien a disparu, et on ne trouve que des amas de leucocytes et de globules de pus, qui sont les seuls éléments encore colorables. Quant aux cellules elles-mêmes, elles sont absolument méconnaissables et nécrosées. — Le tissu interstitiel, encore visible, est fait de larges bandes conjonctives.

CHAPITRE IV

Symptômes

Les cas de thyroïdite grippale, que nous avons mentionnés dans notre thèse, ont présenté des symptômes très nets.

En général, cette complication ne se manifeste pas en pleine crise de grippe, au moment où les symptômes généraux sont à leur maximum, mais au déclin de celle-ci quand les signes généraux sont fortement atténués.

Certaines observations concordent pour donner comme date à peu près le quinzième jour, après le début de la grippe. Nous ne pouvons pas être aussi affirmatif, et nous jugeons que la glande commence nettement à augmenter de volume entre le huitième et le quinzième jour.

Nous n'étudierons pas les cas frustes de gonflement à peine perceptible de la glande, ce que Vincent a appelé le signe thyroïdien, où la thyroïde réagit à peine à une infection. Nous ne nous occuperons que des thyroïdites proprement dites, s'accompagnant ou d'un gonflement considérable ou d'une suppuration, ce qui est le cas le plus fréquent.

Nous diviserons les symptômes en symptômes locaux et en symptômes généraux.

— Etudions d'abord les symptômes généraux. Ceux-ci sont les signes propres à toutes les infections :

Le frisson, qui a presque la même ampleur que le frisson solennel de la pneumonie ;

L'état général, qui commençait à s'améliorer, retombe brusquement : céphalées, vertiges, malaises reprennent comme au début de la grippe elle-même ;

Le pouls, retombé à 70 ou 80 pulsations, devient fréquent à 100 ou 120 ;

La fièvre, retombée à 37° ou 37° 5, remonte brusquement à 39° ou 40°. A ce sujet, une communication récente de mai 1919 sur la fièvre d'origine thyroïdienne a été faite par M. Léopold Lévy, dans la *Gazette des Hôpitaux :* « Outre l'infection qui est une cause évidente de la fièvre, le moindre trouble thyroïdien, dit-il, est un nouveau facteur de la fièvre. « La fièvre est favorisée par le terrain « endocrinien ou les oscillations endocriniennes. Il existe « une fièvre endocrinienne, due à l'action sur les centres « thermogénétiques, des hormones thyroïdiennes, surré- « naliennes, hypophysaires. La fièvre est exagérée du fait « des troubles endocriniens. »

Blind a observé, depuis trois ans, plusieurs cas de fièvre considérée d'abord comme imputable à la fièvre typhoïde, mais reconnue ensuite d'origine thyroïdienne. Il s'agissait de thyroïdites aiguës, d'origine infectieuse banale, qui furent traitées avec succès par la médication iodée.

Outre les symptômes généraux, il existe des symptômes locaux très nets, symptômes subjectifs et objectifs.

La douleur commence souvent avant le gonflement. Elle apparaît d'abord dans la région antérieure du cou, puis dans les régions latérales, douleur lancinante quoique

assez violente, irradiée aux oreilles et à la gorge, donnant parfois, par la dysphagie qu'elle occasionne, les symptômes d'une amygdalite ou d'une angine.

La tête du malade est ordinairement fléchie, car les douleurs s'exagèrent par l'extension de la tête.

A l'inspection, le facies du sujet est en général congestionné ; les traits sont tirés comme ceux de malades profondément infectés. Dans le cas de nos observations de strumites suffocantes, le sujet est violacé, cyanosé, le buste penché en avant, en orthopnée, mais cette forme est extrêmement rare.

La respiration est très difficile, précipitée, parfois même avec accès de suffocation, qui forcent le malade à ne plus avoir de repos. — La compression de la trachée produit des phénomènes de dyspnée, allant même jusqu'à l'orthopnée.

L'inspection locale nous montre un gonflement, tantôt limité à un lobe, tantôt prenant en masse toute la glande. La peau, dans un certain nombre de cas, rouge et tuméfiée, reste mobile ; dans d'autres au contraire, où il se produit de fortes adhérences, la peau ne se déplace pas sur la tumeur. — Il existe très souvent une circulation superficielle intense, et les veines superficielles sont très visibles.

La palpation nous révèle la présence d'une masse empâtée et diffuse, douloureuse au toucher, occupant tantôt un lobe, tantôt la thyroïde entière, entourant comme un fer à cheval la face antérieure de la trachée. Parfois, cette tuméfaction présente une certaine dureté, et le diagnostic est alors difficile avec la thyroïdite ligneuse, dont Delore et Alamartine ont fait la description en 1911 dans la *Revue de Chirurgie*. Mobile dans le sens transversal,

cette masse suit les mouvements d'ascension du larynx pendant la déglutition.

— Nous venons de décrire les symptômes des thyroïdites grippales congestives, mais, le plus souvent, la suppuration se déclare, donnant lieu à de nouveaux symptômes différents de ceux jusqu'alors étudiés.

Alors que les thyroïdites, consécutives à certaines infections, la pneumonie par exemple, subissent très lentement la transformation purulente, que l'évolution, dans ce cas, est plutôt subaiguë, que l'empâtement reste stationnaire, dans les thyroïdites grippales au contraire, où nous sommes en présence d'associations microbiennes, l'évolution est plus rapide, et nécessite précocement une intervention.

La consistance, jusqu'alors dure, devient en certains points presque fluctuante, donnant un point de repère pour une ponction ou une incision future.

L'état général du malade devient inquiétant, le facies est plombé comme celui d'un malade profondément infecté ; la respiration devient difficile, précipitée, bruyante.

La peau est rouge, tendue, œdématiée ; l'œdème s'étend à toute la région du cou.

La température locale varie lorsqu'il s'agit de l'inflammation d'un lobe. Barker, dans le *British Medical Journal*, en 1895, signale une différence de température de 104° 2 F (40° 1), dans l'aisselle droite à proximité de la tuméfaction, alors qu'elle était de deux degrés moindre dans l'aisselle gauche, où il n'y a pas d'inflammation.

En dehors de tous ces signes importants, il existe, dans tous les cas et très précocement, des compressions des organes voisins : compressions trachéales, œsophagiennes,

compression de vaisseaux artériels et veineux, compression de nerfs, récurrent et sympathique surtout.

La trachée, en particulier, est très fréquemment, sinon toujours comprimée, donnant, surtout dans les formes de goître plongeant, une dyspnée intense pouvant aller jusqu'à l'orthopnée, et provoquer brusquement une asphyxie rapide, pouvant déterminer à intervenir par une trachéotomie (observations III et IV).

La compression de l'œsophage donne lieu à de la dysphagie, pouvant même devancer le gonflement de la région (Beilby, *Journ. de Chir.*, 1919).

Les compressions veineuses sont fréquentes, donnant lieu à un facies cyanosé, violacé, et au gonflement des jugulaires qui peuvent prendre le calibre du petit doigt (observation III).

La compression du récurrent peut donner de l'enrouement, lorsque les deux nerfs sont enclavés dans la tumeur, ou une voix bitonale, lorsqu'un seul des nerfs est pris dans la masse (observation V).

Le sympathique, enfin, peut être mis en cause. Une observation du docteur Holtz en 1890, consignée dans la thèse de Fontanier (Paris, 1909), est très caractéristique. Chez ce malade, en même temps que se développait après une grippe la tumeur thyroïdienne, les globes oculaires étaient devenus saillants, le pouls était à 140 pulsations, la température à 39° 5. Pas de signe de Græfe. L'œil se ferme, la paupière supérieure droite s'abaisse en même temps que l'œil. Il existe un rétrécissement très marqué de la pupille droite, qui est large comme une tête d'épingle, du ptosis de la paupière droite, et une augmentation considérable des sécrétions sudorales ; pas de différence de température des deux côtés ; en un mot,

des phénomènes analogues à ceux observés après section du sympathique. Dans le cas de Barker (*Britisch Medical Journal*, 1895), il existe une différence de deux degrés entre le côté sain et le côté enflammé.

Il existe, en dehors de tous ces signes généraux et locaux, des symptômes qu'on peut rapporter aux troubles secrétoires de la glande, et comme en anatomie pathologique, nous avons considéré les divers stades consécutifs d'hyperthyroïdisation, de dysthyroïdisation et d'athyroïdisation, nous aurons, au point de vue symptomatique, à étudier ces mêmes phases progressives.

Les deux derniers stades font surtout partie des complications et nous les étudierons dans ce chapitre, mais la période d'hyperthyroïdisation donne des symptômes, au début de l'infection, et nous croyons bon de l'étudier ici.

Il est d'ailleurs difficile de dissocier dans ces symptômes ce qui revient à l'hyperthyroïdisation vraie, et ce qui revient à l'excitation par compression du sympathique. En effet, dans les deux cas, il existe les mêmes troubles cardiovasculaires, thermiques, vasomoteurs et sudoraux (Sergent, 1921).

Il existe en effet, souvent dès le début de l'infection, une tachycardie intense, un léger tremblement des extrémités, et un peu d'exophtalmie, des troubles vasomoteurs, des troubles thermiques.

1) Tout d'abord, la tachycardie ; le nombre des pulsations cardiaques est souvent considérable, 150 à 160 pulsations à la minute. Cette tachycardie s'accompagne d'essoufflement, et peut s'accentuer au moment d'un effort, en donnant des crises de palpitations plus ou moins douloureuses (observation II).

Il existe d'ailleurs une dissociation très nette entre le pouls et la température. Dans une observation du docteur Gaillard (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1895), les résultats sont concluants : Atteinte de grippe le 1er mars, guérison le 18 mars ; augmentation du cou le 24 mars et, à ce moment, tachycardie n'ayant aucun rapport avec la température, comme on le voit par le tableau suivant :

Jours	Tempér.	Pouls	Jours	Tempér.	Pouls
24 mars	38° 7	128	1er avril	»	80
25 —	38° 5	100	2 —	»	124
26 —	38° 5	96	4 —	37	128
27 —	37° 5	100	5 —	36° 8	92
28 —	37° 2	92	6 —	36° 4	140
29 —	37° 1	86			

Il existe aussi des variations dans la pression vasculaire, très intéressantes. En effet, la pression artérielle s'abaisse d'une façon considérable, à un tel point qu'on a vu survenir un véritable état d'hyposystolie avec faiblesse extrême du pouls, dilatation des jugulaires (J. Parisot, *Presse Médicale*, Paris, 1910). Ces manifestations sont, en somme, analogues à celles produites par l'hypersécrétion de la glande thyroïde sous l'influence de la pilocarpine.

2) A côté des symptômes vasculaires, on trouve des symptômes nerveux : excitabilité nerveuse, insomnies (observation XII).

3) Puis des troubles de sécrétion, caractérisés par des sueurs abondantes, des bouffées de chaleur généralisées.

4) Des troubles trophiques, tels que la chute des cheveux et la carie des dents.

5) Des troubles vasomoteurs, tels que dermographisme (observation XII), des poussées de psoriasis ou d'urticaire. Tous ces symptômes sont d'ailleurs observés et étudiés dans l'observation précédemment citée.

6) On trouve enfin presque toujours, sinon une exophtalmie véritable, du moins de la fixité du regard, et un éclat particulier des yeux. Nous ne reviendrons pas sur les modifications pupillaires, étudiées avec les symptômes de compression du sympathique.

Tous ces symptômes d'hyperthyroïdisation sont d'ailleurs souvent fugaces.

7) Il existe enfin un tremblement menu des extrémités très caractéristique.

Complications

Dans le chapitre précédent, nous avons étudié les complications d'hyperthyroïdisation, consécutives à une thyroïdite grippale. Ces complications, dans la plupart des cas, s'amendent et tout rentre dans l'ordre. Elles peuvent cependant évoluer, et alors peuvent apparaître les mêmes stades qu'en anatomie pathologique, de dysthyroïdisation et d'athyroïdisation, que nous nous proposons d'étudier au chapitre de l'évolution.

A côté de ces complications pour ainsi dire médicales de la thyroïdite grippale, il nous faut faire une place, très importante elle aussi, aux complications vraiment chirurgicales.

Pour les thyroïdites congestives, les seules compli-

cations à craindre sont les compressions brusques ou progressives des organes voisins, mais surtout de l'œsophage et de la trachée. Le cas des observations III et IV est caractéristique de compression trachéale foudroyante, ayant amené une asphyxie suraiguë, que la trachéotomie seule pouvait amender.

Pour les thyroïdites suppurées, les plus fréquentes des thyroïdites grippales, il en est autrement.

Lorsque l'on n'intervient pas assez rapidement, la suppuration jusqu'alors localisée à un fragment de lobe peut s'étendre au voisinage, en dehors de la capsule, et infiltrer les muscles et les tissus voisins. Cette complication se voit surtout lorsqu'il existe des adhérences avec les organes voisins, que nous avons étudiés : nerfs, vaisseaux. Nous ne citerons que pour mémoire le cas de l'ulcération de la carotide et de la jugulaire interne droite, consécutive à une thyroïdite suppurée (Lejars et Leroy, *Soc. Anat.*, Paris, 1896).

Les adhérences avec la trachée et l'œsophage sont bien plus fréquentes, et si on tarde dans l'intervention, la suppuration peut gagner les parois de ces organes, les ronger, et l'abcès peut se vider dans ces conduits, en occasionnant une vomique de pus à odeur nauséabonde, et ayant presque toujours un pronostic fatal (Billard, 1908, thèse de Fontanier).

Il peut aussi, mais bien plus rarement, se produire des fusées à distance jusque dans le médiastin, mais rarement dans la plèvre.

Ces complications peuvent d'ailleurs presque toujours être évitées par une intervention précoce, dès que les signes cliniques de suppuration apparaissent.

Nous ne parlerons pas des complications extrêmement

rares, où l'infection se généraliserait et amènerait ainsi un état de cachexie intense, avec dégénérescence amyloïde du foie et du rein.

Évolution

L'évolution des thyroïdites grippales est assez rapide :

1) Dans le cas de thyroïdite purement congestive, la résolution se fait en peu de jours. Sous l'influence d'un traitement médical approprié, les symptômes généraux s'amendent, la fièvre tombe, le pouls redevient normal. Au point de vue local, le gonflement diminue progressivement et, au bout de trois semaines environ, il ne subsiste plus comme trace de l'infection qu'un très léger gonflement de la glande, et un peu de gêne dans la déglutition.

Les phénomènes d'hyperthyroïdisation, s'ils existaient, rétrocèdent aussi.

2) Parfois cependant, la congestion n'est que le premier stade de la maladie, qui évolue vers la suppuration, parfois même vers la gangrène. Dans les thyroïdites grippales, c'est le cas le plus fréquent.

Dans certains cas, le pus vient directement sous la capsule, et donne une sensation très nette de fluctuation en un point ; dans d'autres, nombreux, l'état général seul fait penser à une suppuration profonde. La fièvre prend le type à grandes oscillations. Il existe de l'œdème de la région, mais aucun point net de suppuration ne se

développe. La ponction ou l'incision libère le pus emprisonné, et la guérison survient presque toujours.

3) La gangrène est une des modalités de l'évolution, heureusement rare dans les diverses thyroïdites infectieuses, malheureusement assez fréquente dans les thyroïdites et les strumites grippales. Les associations microbiennes sont la cause de ces thyroïdites disséquantes et nécrotiques, aux adhérences multiples à la profondeur et à la peau, et en particulier la présence de saprophytes anaérobies, qui vont jusqu'à donner au point de vue clinique de la crépitation gazeuze, donnant de la sonorité à la percussion (Bauchet).

A côté de ces signes pour ainsi dire chirurgicaux, les diverses périodes que nous avons trouvées aux chapitres antérieurs viennent s'ajouter à l'évolution locale de l'infection. Il existe, comme nous l'avons vu, un rapport entre l'évolution des troubles et les divers stades de la lésion thyroïdienne. A leur maximum à la phase de congestion et d'inflammation, les manifestations cardio-vasculaires s'atténuent aux périodes suivantes, en même temps que la tuméfaction thyroïdienne entre soit en résolution, soit en suppuration. Le ralentissement du cœur survient quand disparaissent les signes d'inflammation.

Plus l'altération du parenchyme glandulaire et des cellules sécrétrices est profonde, plus profonds aussi sont les troubles de sécrétion. Au stade d'hyperthyroïdisation, succède le stade de dysthyroïdisation, « de viciation fonctionnelle », puis le stade d'athyroïdisation.

Suivant ces diverses périodes, nous sommes amenés à étudier, comme complications médiates de la thyroïdite grippale, le goître exophtalmique d'une part, le myxœdème d'autre part.

D'assez nombreux cas ont été signalés de goître exophtalmique à la suite de thyroïdites infectieuses post-typhiques, postpneumoniques, etc. Plus rares sont ceux signalés après des thyroïdites grippales. Domenico, Rheinhold, cependant, ont vu des cas où la grippe était à la base du goître exophtalmique. Nous en rapportons, dans notre travail, deux cas très nets dans nos observations.

« Les maladies infectieuses, dit Pletneff (*Rousky Vratch*, 1914), soit par leurs toxines, soit par leurs agents, déterminent des lésions qui ressemblent fort à celles du goître exophtalmique : disparition de la substance colloïde, desquamation des cellules thyroïdiennes, avec prolifération. Sous l'influence de l'infection aiguë, il en résulte, non pas de l'hyperthyréose, mais de la dysthyréose, que l'on sait être aujourd'hui la cause du goître exophtalmique. »

Allant même plus loin, Delore, au Congrès de chirurgie de Paris (octobre 1910), nous dit : « A côté des goîtres exophtalmiques secondaires à un goître simple, et à une thyroïdite aiguë, le goître exophtalmique essentiel se rapporte à une hyperplasie glandulaire très active. Elle traduit donc bien l'hyperfonctionnement thyroïdien, qui est à la base du Basedowisme. Elle est aussi très semblable aux altérations secondaires, rencontrées dans certaines thyroïdites non suppurées, suite d'affections aiguës, rhumatisme, typhoïde, grippe, ou chroniques, tuberculose, syphilis. On se trouve ainsi conduit à envisager la maladie de Basedow essentielle, comme l'aboutissant d'une thyroïdite d'origine infectieuse ou toxique. »

La thyroïdite grippale peut d'ailleurs donner lieu aux deux types de Basedowiens, décrits par Sergent, les uns vagotoniques, où la tachycardie est peu prononcée et les

troubles cardiaques subjectifs intenses ; l'exophtalmie légère, pas de signe de Moebius, mais signe de Graefe très net ; réflexe oculocardiaque exagéré ; les autres sympathicotoniques, les plus fréquents dans le cas qui nous intéresse, où la tachycardie est considérable, où le signe de Graefe n'existe pas, mais signe de Moebius net, exophtalmie prononcée, réflexe oculocardiaque faible ; et malades réagissant violemment à l'adrénaline.

A la période d'hyperthyroïdisation et de dysthyroïdisation peut faire suite la période d'athyroïdisation, ou plutôt d'hypothyroïdisation. Nous avons les symptômes non pas d'un myxœdème vrai avec tous ses symptômes, mais une hypothyroïdie bénigne chronique, un myxœdème fruste, une petite insuffisance thyroïdienne, telle que l'ont décrite Lévi et de Rotschild, c'est-à-dire des troubles de la calorification : sensibilité au froid ; des troubles nerveux : fatigue, céphalées, douleurs musculaires et articulaires, apathie intellectuelle ; des troubles digestifs ; des œdèmes, des troubles pilaires : canitie ; des dermatoses telles que urticaire, psoriasis.

Ménard, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1910), a vu se produire les principaux signes d'insuffisance thyroïdienne : torpeur, douleurs rhumatismales, obésité, tous symptômes en rapport avec une altération de la glande thyroïde, consécutive à son inflammation, et qu'un traitement thyroïdien longtemps continué a pu amender.

CHAPITRE V

Pronostic

Le pronostic de la thyroïdite grippale dépend d'un grand nombre de conditions.

1) Conditions d'ordre général

La gravité de la grippe, qui a pu mettre le malade en état de moindre résistance, et lui permettra de réagir plus ou moins facilement aux agents pathogènes et à leurs toxines. L'état de résistance physique antérieure du sujet. Il est évident que chez un surmené, un alcoolique, un taré, un vieillard, une suppuration, quelle qu'elle soit, peut aboutir à un pronostic fatal, surtout si elle survient après une atteinte de grippe qui, par elle-même, peut donner un coup de fouet à toutes les affections latentes chez un individu, la tuberculose par exemple.

2) Conditions d'ordre local

L'état antérieur de la glande thyroïde chez le sujet. Il est bien évident que chez un individu à glande déjà altérée, le parenchyme glandulaire résistera moins bien que chez un sujet à thyroïde saine. Les statistiques d'ailleurs le prouvent.

En général, l'inflammation s'établissant sur un parenchyme sain, se termine par la résolution ; sur une glande altérée au contraire, la suppuration s'établit presque toujours. La strumite infectieuse est donc beaucoup plus grave que la thyroïdite infectieuse.

— Le germe microbien en cause est pour beaucoup dans le pronostic de l'affection. Dans la grippe, l'agent pathogène est inconnu, mais on trouve en général, dans les complications suppurées postgrippales, une association de saprophytes banaux ; on peut y trouver aussi les microbes isolés.

Les suppurations à pneumocoques sont en général à évolution lente, forment une collection lente à se diffuser, presque toujours limitée.

Les suppurations à staphylocoques et à streptocoques sont au contraire moins bénignes que les précédentes, et ce sont ces microbes qui peuvent donner les thyroïdites disséquantes, heureusement rares, à grands délabrements, et touchant rapidement l'état général.

— La situation de l'inflammation, enfin, compte pour une bonne part dans le pronostic. En effet, les compressions de voisinage, de la trachée surtout, amènent des phénomènes brusques de suffocation, avec dyspnée intense, souvent dans les premiers moments de l'infection, en même temps qu'apparaît le gonflement. C'est le cas de deux de nos observations, où la trachéotomie seule a pu être pratiquée d'urgence.

La compression de la trachée peut se faire suivant différentes directions : aplatissement unilatéral, quand un lobe seul de la glande s'hypertrophie ; aplatissement bilatéral dans le sens transversal, compression frontale quand le

goître est plongeant et rétrosternal, enfin compression annulaire, quand la glande enserre la trachée.

— En résumé, dans les cas de gonflement sans suppuration, à part quelques cas d'asphyxie suraiguë rare, la résolution se fait quelque temps après, en même temps que s'atténuent les symptômes dus aux troubles de sécrétion de la glande.

Le pronostic est donc favorable.

Dans les cas de suppuration, toutes les causes que nous avons étudiées interviennent pour le pronostic, qui est en général favorable aussi, surtout actuellement où les interventions précoces sont pratiquées. On ne voit pour ainsi dire plus de suppurations, relativement bénignes, produire une pyohémie fatale, avec dégénérescence amyloïde des organes.

D'après des statistiques de 1910, on citait, dans les cas de strumites suppurées, 25 p. 100, soit un quart environ, de mortalité. Cette moyenne s'est certainement considérablement améliorée par les interventions précoces.

Nous n'avons parlé que du pronostic immédiat, en somme plutôt bénin. Le pronostic ultérieur peut être réservé par l'apparition d'une maladie de Basedow ou d'un myxœdème consécutifs.

Diagnostic

Il nous faut étudier tout d'abord le diagnostic d'organe, puis le diagnostic de thyroïdite, et enfin le diagnostic étiologique. Nous ne nous étendrons pas sur ce chapitre, que l'on trouve dans les ouvrages de chirurgie.

— Au début, avant le gonflement local, ce sont les troubles de compression qui dominent, et les symptômes généraux. Le malade se plaint de dysphagie, de dyspnée, de fièvre, d'aggravation de son état général.

Il faut, à ce moment, penser à toutes les affections pouvant donner de la compression : œdème laryngé ? angine ? L'examen de la gorge ne décèle rien d'anormal, ni points blancs, ni fausses membranes.

Recherchons la localisation exacte de la douleur. Nous nous rendons compte qu'elle siège en avant de la trachée, et qu'elle est sous-hyoïdienne.

Est-ce une adénite aiguë, consécutive à une inflammation quelconque du voisinage ?

Est-ce un phlegmon de la chaîne carotidienne, si la douleur siège sur la face latérale du cou, sous le sterno-cleido-mastoïdien ?

Est-ce un phlegmon diffus du cou, ou un résidu branchial qui suppure ?

Toutes ces hypothèses doivent être discutées et, à notre avis, à ce premier stade de dysphagie et de dyspnée, le diagnostic est excessivement difficile à élucider.

— Mais au bout de peu de temps, le gonflement apparaît bien net dans la région thyroïdienne, avec tous les signes cliniques classiques : mobilisation difficile dans le sens transversal, mouvements exactement solidaires de ceux du larynx. Ajoutons à cela quelques symptômes de troubles de sécrétion de la glande, et nous pourrons dire que nous sommes en présence d'une affection de la glande thyroïde.

Il est bien évident que si, par l'interrogatoire et l'examen du malade, nous avons reconnu l'existence d'un

goître antérieur, nous songerons bien plus facilement à une inflammation greffée sur le goître.

A quelle affection de la glande faut-il penser ?

Affection chronique ? le début brutal, avec symptômes généraux, nous permet de l'écarter.

Tuberculose thyroïdienne ? Rarement primitive. En général, c'est une localisation secondaire du bacille.

Syphilis thyroïdienne ? Actinomycose ? Kyste hydatique ? Toutes ces affections sont excessivement rares, et peuvent d'ailleurs être vérifiées par les réactions de laboratoire.

— Il nous faut penser au goître aigu, affection qui évolue sans fièvre et sans suppuration ; au goître hémorragique, qui a un début brusque et peut déterminer des phénomènes de dyspnée intense, mais l'état général est encore bon, et il n'y a aucun signe d'infection concomittante.

— La thyroïdite ligneuse, décrite par Delore et Lamartine, est une affection purement inflammatoire, à développement rapide, d'une tuméfaction thyroïdienne diffuse extrêmement dure, diagnostic d'ailleurs très difficile.

— L'épithelioma de la thyroïde est une affection de la thyroïde, qui peut parfois avoir un début brusque, et les allures d'une thyroïdite infectieuse. Dans les deux cas, il existe des adhérences à la peau, mais dans le cas de néoplasme, il existe en plus de très fortes adhérences à la profondeur. Ce diagnostic, d'ailleurs, ne peut être tranché que difficilement, surtout par l'absence de maladie antérieure et par la ponction, qui révèle l'existence de pus.

Toutes ces hypothèses écartées, nous sommes bien en présence d'une thyroïdite.

Quelle en est l'étiologie ? L'interrogatoire du malade nous renseigne sur une atteinte très nette de grippe, huit à quinze jours environ, avant le début de l'inflammation thyroïdienne, avec catarrhe des voies respiratoires, céphalées, etc...

Il est évident que, bactériologiquement, il nous est impossible de confirmer ce diagnostic, mais il y a une succession trop manifeste entre l'atteinte de grippe et la poussée de thyroïdite, pour que nous ne puissions pas y voir une relation de cause à effet, et que nous puissions dire qu'il s'agit bien d'une thyroïdite postgrippale.

La thyroïdite est-elle suppurée ?

L'état général, les frissons, la fièvre à grandes oscillations doivent nous faire soupçonner la suppuration.

La palpation ne donne pas toujours la sensation de flot, malgré la présence du pus, si l'abcès n'est pas sous-capsulaire, et se trouve en plein tissu glandulaire.

Dès que l'état général devient inquiétant, dès que les phénomènes de compression deviennent intenses, il faut aussitôt faire une ponction exploratrice qui, tout en aidant au diagnostic, sera un premier traitement.

CHAPITRE VI

Traitement

Comme nous l'avons vu dans nos chapitres précédents, la thyroïdite grippale peut prendre plusieurs formes, depuis la congestion simple sans grands symptômes, jusqu'à la congestion aiguë brusque, donnant des accidents d'asphyxie rapide, et la suppuration. Encore, dans ce dernier cas, peut-on séparer la suppuration d'un petit abcès superficiel de celle d'un lobe entier ou de la glande entière, jusqu'à la thyroïdite nécrotique et disséquante.

Le traitement varie avec ces différents cas.

A) Le premier stade de congestion aiguë simple intéresse surtout le médecin. La thérapeutique générale par les antithermiques, antipyrine, quinine, et les toniques, doit être employée. Les soins locaux consistent en compresses chaudes sur le devant du cou, qu'on renouvelle fréquemment, ou en pommades résolutives à l'onguent napolitain belladoné, par exemple. On ajoute à ce traitement l'antiseptie des voies respiratoires supérieures : aspiration par le nez de pommades camphrées et mentholées, pulvérisations dans la gorge. — Enfin, l'hémato-ethyroïdine peut amender les symptômes dus à des troubles de sécrétion glandulaire.

B) Dans le cas de congestion suraiguë suffocante, la première et immédiate opération est de libérer la trachée et de rétablir le passage de l'air. On y arrive soit par la trachéotomie, soit par l'exothyropéxie.

Nous ne parlerons pas des nombreux inconvénients de la trachéotomie et de ses complications bronchopulmonaires, mais l'état d'asphyxie est tel qu'il ne faut pas hésiter à inciser la trachée (observation III).

On peut aussi (observation IV) inciser largement les téguments et les tissus sous-jacents, et libérer avec le doigt les lobes thyroïdiens en les attirant en avant, de façon à décomprimer la trachée, en extériorisant pour ainsi dire la glande.

Ces moyens radicaux d'urgence seront ensuite suivis d'une intervention secondaire, en général thyroïdectomie.

C) Dans le cas de thyroïdite suppurée à petit abcès limité, nous pratiquerons soit la ponction, soit l'incision. La ponction par un trocart assez gros est un moyen pratique, mais presque toujours insuffisant. Nous le considérons plutôt comme un moyen de diagnostic, provoquant en même temps une légère décompression.

L'incision simple est, à notre avis, un très bon moyen.

Cette intervention doit se faire au point fluctuant, soit obliquement, soit parallèlement au bord du sterno-cleido-mastoïdien. On traverse alors la peau, les aponévroses cervicales superficielle et moyenne réunies, et la capsule thyroïdienne. Cette incision laisse s'écouler du pus. On peut alors explorer avec le doigt pour vérifier si l'on se trouve en présence d'une seule poche ou de plusieurs abcès.

D) Si l'on trouve une grande cavité, cloisonnée par des brides fibreuses en petites poches secondaires, on peut, pour se donner du jour, faire une incision en cravate, non pas verticale, mais horizontale, sectionnant les muscles sous-hyoïdiens et même le sterno-cleido-mastoïdien.

Dans les deux cas C et D, on lave la cavité soit avec de l'eau oxygénée, soit avec de l'eau iodée, et on laisse ou une petite mèche ou un drain, qu'on raccourcit au fur et à mesure de la cicatrisation. Il se produit parfois une petite fistule, qui tarit en général spontanément au bout d'une quinzaine de jours.

Parfois cependant, comme dans l'observation VI, il persiste, deux mois après l'incision de la collection, une nouvelle suppuration, qui a exigé une seconde incision, suivie de fistule persistante ayant imposé une thyroïdectomie partielle. Ceci montre que les abcès glandulaires ont en général tendance à récidive, quand on se borne à une incision simple.

Ce moyen est cependant en général suffisant, et il est inutile de faire courir au malade les risques toujours grands d'une thyroïdectomie.

E) Dans le cas de strumites suppurées, de thyroïdites nécrosantes, d'hématocèles antérieurs, la thyroïdectomie est la seule intervention possible, thyroïdectomie partielle, en ayant soin de respecter les glandes parathyroïdes, qui sont à la face postérieure et inférieure de la glande principale. On doit, dans ce cas, aborder la tumeur comme un goître et non comme un simple abcès.

Nous ne reviendrons pas sur la technique de la thyroïdectomie partielle, nous rappellerons seulement l'énorme avantage de l'intervention intracapsulaire, qui évite des

hémorragies graves et les lésions possibles du récurrent.

La ligature doit être faite sur le tronc même de la thyroïdienne inférieure, et non pas sur ses branches, en ménageant le récurrent, qui a des rapports étroits mais variables avec cette artère, et qui passe généralement à droite en avant de l'artère, et à gauche en arrière.

Il existe enfin un traitement dont nous parlerons quoique n'ayant pas pu en faire personnellement l'expérience, c'est le traitement par les vaccins : vaccin antistreptococcique, vaccin antistaphylococcique, en particulier le vaccin du Professeur Delbet. En effet, l'infection thyroïdienne que nous avons étudiée provoque une suppuration à microbes des voies respiratoires supérieures associés, streptocoques, staphylocoques, etc., et l'emploi de ce vaccin nous paraît indiqué dans ce cas.

Il est probable qu'une première injection de 4 centimètres cubes ne suffirait pas, mais qu'à la suite d'une seconde ou d'une troisième injection, les phénomènes inflammatoires subiraient une régression, sans intervention chirurgicale.

— Mentionnons aussi le traitement par les autovaccins, qui donneraient probablement de très bons résultats.

F) Dans le cas où la suppuration s'étend en dehors de la capsule, nous sommes alors en présence de cas graves, et ces fusées purulentes à distance ne peuvent être abordées que par des opérations compliquées, trépanation du sternum par exemple, dans le cas de pus fusant dans l'espace rétrosternal.

CONCLUSIONS

La thyroïdite grippale est une complication très rare de la grippe. Très peu de cas ont été signalés, malgré l'état épidémique et endémique de la grippe.

L'infection peut se faire soit par la voie artérielle, soit par la voie veineuse, par l'intermédiaire des veines avalvulées, qui desservent à la fois la thyroïde, l'œsophage et la trachée.

La bactériologie de cette affection étant sans doute la même que celle de la grippe, ne nous est pas encore connue. On trouve dans le pus des thyroïdites grippales des associations microbiennes : pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, microbes saprophytes ordinaires des voies respiratoires supérieures.

La symptomatologie de l'affection ne se différencie guère de celle des autres thyroïdites.

On peut distinguer les thyroïdites congestives simples, les thyroïdites congestives donnant une asphyxie suraiguë, puis les thyroïdites suppurées, les unes avec un seul petit abcès sous-capsulaire, les autres avec de grandes poches purulentes prenant un lobe, ou les deux lobes, jusqu'aux thyroïdites disséquantes et nécrotiques. La gravité de l'affection est en général peu sérieuse.

Dans le cas de thyroïdites congestives, elle dépend surtout des troubles de compression des organes voisins.

Dans le cas de thyroïdites suppurées, elle dépend des espèces microbiennes en cause, de l'état de résistance du sujet, et de la situation de l'inflammation.

Le traitement varie suivant les cas.

Dans le cas de thyroïdite congestive simple, le traitement médical suffit habituellement pour amener la résolution de l'affection : antiseptie du nez et de la gorge, antithermiques, compresses chaudes, pommades résolutives.

S'il existe des accidents de suffocation suraiguë, il faut pratiquer le dégagement de la trachée par l'exothyropéxie ou la trachéotomie.

Si la suppuration s'annonce, dans le cas d'un petit abcès : incision et drainage.

Si la glande entière ou une grande partie est atteinte par la suppuration, ou si elle était déjà auparavant touchée par un goître ou une hématocèle, le traitement chirurgical radical est alors le seul à employer. C'est la thyroïdectomie partielle qu'il faut pratiquer, car si l'intervention tarde, il peut apparaître de graves complications, pouvant même amener la mort par compression, ou par diffusion de la suppuration.

Enfin, la thérapeutique soit par les vaccins spécifiques, soit par le vaccin du Professeur Delbet, soit par les autovaccins, donnerait probablement d'excellents résultats.

Vu :
Nancy, le 12 avril 1921.
Le Président de la thèse,
Weiss.

Vu :
Nancy, le 12 avril 1921.
Le Doyen,
E. Meyer.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 14 avril 1921.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. Adam,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Loeper. — *Fluxions thyroïdiennes* (*Gaz. Hôp. Paris*, déc. 1913, n°146, p. 2322).

Bahri. — *Thyroïdite suppurée grippale* (*Rev. Laryng.*, Paris, 1911, p. 129).

Bar. — *Thyroïdite aiguë*. Congrès franç. de méd., Paris-Nancy, 1896, fasc. 2, p. 615.

Basso. — *Thyroïdites aiguës*. Thèse Paris, 1892.

Bérard. — *Congestions thyroïdiennes* (*Gaz. Hôp. Paris*, 1907, CXXX, p. 1611).

— *Hématocèles postgrippales* (*Lyon Médical*, 1909, CXII, p. 121).

Beilby. — *Thyroïdite aiguë* (*Journ. de Chir.*, déc. 1919, t. XV, p. 528).

Broca. — *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus, Paris, 1898, p. 441).

Binet et Raoult. — *Strumite suffocante* (*Ann. mal or. et larynx*, Paris, 1910, XXXVI, p. 121).

Deleuil. — *Thyroïdectomie dans les thyroïdes suppurées*. Thèse Lyon, 1902).

Delore. — *Revue de Chirurgie*, oct. 1910 (*In* Thèse Deleuil, Lyon, 1902).

Duguet. — *Thyroïdite grippale*. Thèse de Rascol, Paris, 1891.

Durante. — *Thyroïdite aiguë à pneumocoque* (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1894, LXIX, p. 548).

de Quervain. — *Med. u. chir. Z. Jena*, 1904. 2 suppl. Bd 1, p. 165.

Fontanier. — *Thyroïdites grippales*. Thèse Paris, 1909-1910.

Garnier. — *La glande thyroïde dans les maladies infectieuses.* Th. Paris, 1899.

Gaillard. — *Thyroïdite grippale* (*Soc. Méd. Hôp.*, 1895. — *In* Thèse Fontanier, 1909).

Gilbert et Castaigne. — *Infection thyroïdienne et goître exophtalmique* (*Presse Méd.*, juin 1899, p. 215).

Halipré. — *Congestion thyroïdienne* (*Norm. Méd.*, Rouen, 1897, p. 517).

Holtz. — *Société Médecine*, Berlin, 1890 (*In* Thèse Fontanier, Paris, 1909).

Jaboulay et Duroux. — *Thyroïdites suppurées* (*Lyon Médical*, 1912, CXIX, p. 470).

Jaboulay et Perret. — *Thyroïdites suppurées* (*Rev. Chir.*, 1912. — Soc. Méd. Lyon, p. 777).

Jeanselme. — *Thyroïdites et strumites infectieuses* (*Gaz. Hôp.*, 1895, n° 15, p. 133).

Kharon. — *Thyroïdites aiguës suppurées.* Thèse Toulouse, 1913-1914.

Kiffin. — *Acute bronchocèle folloding influenza* (*Britisch Médical Journal*, 1895. — *In* Thèse Fontanier).

Le Clerc. — *Goître exophtalmique suite de grippe* (*Norm. Méd.*, 1901, p. 161).

Lemierre et Lantuéjoul. — *Parotidite, orchiepidydimite et thyroïdite* (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1919).

Lepetit. — *Thyroïdite postgrippale* (*Centre Médical*, 1908. — *In* Thèse Fontanier).

Lévi et de Rotschild. — *Œdèmes thyroïdiens* (*Soc. Biol. Paris*, 1906, LXI, p. 745).

Martini. — *Revue Chirurgie*, 1913, p. 171.

Ménard. — *Thyroïdite aiguë* (*Gaz. Hôp.*, 1910, p. 175).

Parisot (J.). — *Thyroïdites et compl. cardiovasculaires* (*Pr. Méd.*, 1910, XVIII, p. 337).

Pletneff. — *Rousky Wratch*, tome XIII, 1914 (*Jour. Chir.*, p. 219).

Raoult et Binet. — *Strumite suffocante* (*Soc. Méd. Nancy*, janv. 1910, p. 69).

Rascol. — *Thyroïdites infectieuses.* Thèse Paris, 1891.

ROGER et GARNIER. — *Infection thyroïdienne expérimentale* (*Soc. Biol. Paris*, 1898, p. 989). — *La glande thyroïde dans les maladies infectieuses* (*Presse Méd.*, 1899, p. 181). — *Recherches expérimentales sur la glande thyroïde* (*Presse Méd.*, 1900, p. 93).

ROUSSY. — *Histopathologie de la glande thyroïde* (*Pr. Méd.*, 1911, XIX, p. 969).

RUSSEL. — *Britisch Méd. Journal*, 1895 (*In* Thèse FONTANIER, 1909).

ROBERTSON. — *Inflammation aiguë de la glande thyroïde* (*Pr. Méd.*, 1911, p. 734).

SABITT. — *Thyroïdites pneumococciques*. Thèse de Genève, 1907.

SAINTON. — *Formes cliniques du syndrome de Basedow* (*Journ. Méd. Français*, 1913, p. 103).

SERGENT. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. — *Glandes endocrines et sympathique*, tome IX, 1921.

SMELTON. — *Britisch Médical Journal*, 1895 (*In* Thèse FONTANIER).

WATKIN BROWNE. — *Britisch Médical Journal*, 1895 (*In* Thèse FONTANIER).

WÉBER. — *Thyroïdite aiguë non suppurée* (*Revue Suisse Romande*, 1909, XXIX, p. 125).

VINCENT. — *Signe thyroïdien dans les maladies infectieuses* (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1906, p. 602-604).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	5
Introduction	7
Historique	9
Chapitre I. — Observations	13
— II. — Etiologie et pathogénie	31
— III. — Anatomie pathologique	37
— IV. — Symptômes	45
Complications	52
Evolution	54
— V. — Pronostic	59
Diagnostic	61
— VI. — Traitement	65
Conclusion	69
Bibliographie	71

Imp. A. COLIN, 11, Rue des Quatre-Eglises, NANCY